Ueber

Carcinom des Uteruskörpers.

Von

Dr. J. Veit,
Docent an der Universität Berlin.

Separatabdruck aus P. Börner's „Deutsche Medicinische Wochenschrift“
1883, No. 1.

Ueber

Carcinom des Uteruskörpers.

Von

Dr. J. Veit,
Docent an der Universität Berlin.

Separatabdruck aus P. Börner's „Deutsche Medicinische Wochenschrift"
1883, No. 1.

Vor Kurzem wäre die Mittheilung auch nur eines Falles von Krebs des Gebärmutterkörpers als eine Rarität von hohem Interesse gewesen, die Seltenheit und der verborgene Sitz der Erkrankung rechtfertigten sicher jede Casuistik. Die Resultate einer Arbeit von C. Ruge und mir[1]) haben allerdings hieran manches geändert. Wenn es uns in derselben gelang, über 20 eigene Beobachtungen zu veröffentlichen, so bewies das mit Sicherheit eine grössere Häufigkeit der Erkrankung, als man bisher annahm.

In der kurzen Zeit seit dem Erscheinen unserer Arbeit ist die literarische Casuistik sicherer Fälle nicht übermässig gewachsen, doch zeigt schon die Notiz von Olshausen[2]), der unter 20 Uterusexstirpationen wegen Krebs drei Körpercarcinome fand, dass unsere Angabe über die grössere Häufigkeit auch wohl von anderer Seite Bestätigung finden wird. Seit dem Abschluss unserer Arbeit vor etwa $1\frac{1}{2}$ Jahren habe ich selbst 3 weitere Fälle von primärem auf das Corpus beschränkten Carcinom beobachtet, die ein besonderes Interesse durch die verschiedenen mikroskopischen Bilder und die bei allen dreien ausgeführte Uterusexstirpation gewähren. Ich theile dieselben im Folgenden mit, um so mehr, als unter den ersten 21 von uns untersuchten Fällen sich nur 4 Radicaloperationen befinden (2 von Schroeder, je 1 von A. Martin und mir). Die Einzelheiten der Fälle scheinen mir im Wesentlichen für das über den Körperkrebs schon früher mitgetheilte zu sprechen, doch ist gerade die Art der Diagnose und der Therapie immerhin noch besprechenswerth.

Meine 3 neuen Beobachtungen sind kurz folgende:

1. Frl. E. in Cüstrin, 58 Jahre alt, Nullipara und Virgo, war bis zu ihrem 52. Jahre regelmässig menstruirt; sie klagt seit September 1880 über erneuten blutigen Ausfluss aus den Genitalien, der zuerst schwach, zuletzt in allmählich zunehmender Stärke und in kürzeren Pausen auftrat.

Bei der Untersuchung, die ich des erhaltenen Hymens wegen in Narkose vornehmen musste, fand ich Anfangs Juni 1881 die Portio intact, im oberen

[1]) C. Ruge und J. Veit, Der Krebs der Gebärmutter. Stuttgart, 1881.
[2]) Centr. f. Gyn., 1882 No. 43.

Theil des Parenchyms des Cervix ein etwa kirschgrosses Knötchen, den Uteruskörper retroflectirt, stark vergrössert, besonders in die Breite, die Anhänge waren vollständig frei. Nur mit dem kleinsten scharfen Löffel konnte ich den Cervix passiren und kratzte mit demselben ein etwa linsengrosses Stückchen Schleimhaut aus dem Uteruskörper aus. Die mikroskopische Untersuchung dieses sofort in Alkohol gelegten Präparates ergab zweifellos die Diagnose: Adenocarcinom; Herr Dr. Ruge bestätigte dieselbe freundlichst. Ich machte am 14. Juni 1881 daher die Totalexstirpation von der Scheide aus. Ich entschied mich für die vaginale Methode, trotz der Enge des Scheideneinganges, weil die Entfernung, auch des Cervix, wegen des in ihm gefundenen, übrigens sich als zurückgebildetes Myom erweisenden, kleinen Knötchen geboten schien; auch liess sich die Portio mit der Muzeux'schen Zange leicht bis in die Vulva bringen und schien mir die bestehende Retroflexio ein leichtes Herunterführen des Uterus zu versprechen.

Unter Morphiumchloroformnarkose und 2procentiger Carbolsäureirrigation machte ich die Operation in der Weise, dass ich nach Discission des Hymen zuerst die herabgezogene Portio umschnitt, dann stumpf die Trennung von der Blase vornahm, den Douglas'schen Raum eröffnete, mit einiger Mühe den Uteruskörper vor die Vulva brachte, das Peritoneum der Excavatio vesico-uterina auf dem vom Douglas'schen Raum her eingeführten Finger durchtrennte und nun jedes Ligamentum latum en masse und in 3 Partien unterband. Eine Blutung bei der nun folgenden Ausschneidung des Uteruskörpers trat überhaupt nicht ein. Nach Anlegung zweier Nähte zum theilweisen Verschluss der Scheide und Einführung eines T förmigen Drainrohres in die Bauchhöhle, war die Operation beendet.

Der Verlauf nach derselben war vollständig reactionslos, so dass ich die Patientin, die sich unter der Obhut ihres Arztes befand, erst dreiviertel Jahre nach der Operation wiedersah, um ihr einige Nähte aus der Scheide zu entfernen. Von einem Exsudat oder Infiltration auf dem Scheidenblindsack ist bisher nichts zu bemerken, vielmehr hat Pat. erheblich an Gewicht zugenommen.

2. Frau R., 61 Jahre alt, hat 13 Mal geboren, zuletzt vor 20 Jahren. Seit ihrer letzten Entbindung fehlt die Regel, seit einem halben Jahre besteht blutiger Ausfluss aus den Genitalien, der jetzt zunimmt. Bei der Untersuchung Mitte September d. J., fand ich die Portio vaginalis ganz kurz und von derben Narbensträngen umgeben; der Uterus lag nach hinten, liess sich jedoch leicht nach vorn legen. Im Spiegel zeigte sich die Scheide von grosser Blässe mit zahlreichen bis linsengrossen rothen Flecken bedeckt — Zustand der Colpitis chronica vetularum. Da dies allein den blutigen Ausfluss nicht erklärte, kratzte ich mit einem kleinen scharfen Löffel in meiner Sprechstunde ein Stückchen aus und auch hier ergab sich unzweifelhaft die Diagnose: Krebs des Uteruskörpers. Die Anhänge waren frei.

Im Hinblick auf die äusserst geringe Dehnbarkeit der Scheidenarben in der Umgebung der Portio und die dadurch erschwerte Dislocation des Uterus nach unten beschloss ich die Laparotomie und Exstirpation des Uteruskörpers allein vorzunehmen, besonders weil ich aus der Kleinheit des Cervix auf seine Intactheit schliessen konnte. Unter den gewöhnlichen Cautelen — Dampfspray, Antisepsis, nur ein Assistent — machte ich den Bauchschnitt. Die Darmschlingen quollen hervor und blieben während fast der ganzen Dauer der Operation (1 Stunde) in ein warmes Carboltuch gehüllt ausserhalb der Bauchhöhle liegen. Der Uterus liess sich mit der Hand bis in die Bauchwunde heben; die beiden Bänder unterband ich auf beiden Seiten in zwei Partien und en masse (im ganzen also jederseits doppelt); durch den

Cervix stach ich dann eine Ligatur, die ich nach beiden Seiten nach Durchschneidung der Ligamenta lata knotete. Hierauf löste ich das Corpus ganz aus, dabei blutete es etwas aus dem Cervix und ich musste zweimal umstechen. Ueber den Cervixstumpf nähte ich dann das Peritoneum aneinander. Nach Reposition der Därme, die ich vorher mit warmer 4procentiger Carbolsäure abgewaschen hatte, schloss ich die Bauchwunde. Jodoformverband.

Der Verlauf nach der Operation war ungestört, bis auf etwas Eiterung des untersten Endes der Bauchwunde. Jetzt liegt über dem kurzen Narbenumgebenen Cervix ein geringes Exsudat.

3) Frau K., 65 Jahr alt hat 9mal, zuletzt vor 20 Jahren geboren.

Die Menses cessiren seit dem 50. Jahr. Seit ca. 1 Jahr hat sich eitriger Ausfluss aus den Genitalien eingestellt, dem öfters Blut beigemengt ist. Bei der Untersuchung fand ich wieder Colpitis vetularum, die Portio vaginalis gesund, den Uterus beweglich, doch bei dem starken Panniculus adiposus nicht genau durchzufühlen. Auch hier kratzte ich zur Diagnose je ein etwa erbsengrosses Stückchen von beiden Wänden des Uterus ab und aus diesen konnte ich, wenn auch das eine normale Verhältnisse darbot, doch an dem andern mit Sicherheit die Diagnose auf Adenoma malignum mit Uebergang in Krebs stellen.

Nachdem die Untersuchung in Narkose die Freiheit der Anhänge nachgewiesen hatte, machte ich am 25. September d. J. die Totalexstirpation von der Scheide — auf diesem Wege umsomehr, als die starken Bauchdecken jedes Operiren im Becken bei Laparotomie fast unmöglich gemacht hätten. Herunterziehen der Portio vaginalis, Umschneidung derselben mit Ablösung der Blase und Eröffnung des Douglas'schen Raumes, Umstülpen des Uterus, Durchtrennung der Excavatio vesico-uterina, Unterbindung der Ligamenta lata in drei Partien und en masse, waren die ersten Acte der Operation, die mit Ausnahme der Umstülpung des Uterus ohne Schwierigkeiten vor sich gingen. Nach dem Ausschneiden des Uterus blutete rechts ein starker Ast der Uterina, der sich nach Ergreifen des Ligamentum latum mit einer Muzeux'schen Zange bald unterbinden liess. Ohne weitere Nähte der Scheide legte ich dann ein T förmiges Drainrohr in die Bauchhöhle, das ich nach aussen mit Jodoformwatte bedeckte. Der Verlauf nach der Operation war auch hier ein günstiger. Zwar stieg die Temperatur am Abend des 27. September unter Frösteln bis 39,0. Eine Einspritzung in das Drainrohr gelang mir unter mässigem Drucke nicht. Als ich etwas an dem Drainrohr nach unten zerrte, entleerte sich plötzlich etwa ein Esslöffel blutig-eitriger Flüssigkeit. Schon 2 Stunden darnach war die Temperatur gefallen, um dann nicht wieder zu steigen. Nach 14 Tagen war Patientin ausser Bettes.

Die anatomische Untersuchung der drei exstirpirten Uteri bestätigt im Wesentlichen die Resultate unserer oben erwähnten Arbeit. Wenn wir damals betonten, dass der Krebs im Uteruskörper stets von der Schleimhaut ausginge, dass es sich nie um primäre Tumorenbildung in der Musculatur ohne Betheiligung des Endometrium handelte, so zeigen auch die Abbildungen der neuen Fälle wieder den Ausgang von der Schleimhaut sowie die Verbreitung nach dem Peritoneum zu und über die Schleimhaut flächenhaft. Bei dem ersten Falle stellte die Neubildung ohne starke Unebenheiten auf der Innenseite des Uterus rings um die Höhle herum eine Infiltration dar, die fast das Peritoneum erreichte, sich aber für das blosse Auge deutlich in scharfer Grenzlinie von der normal erscheinenden Musculatur abhob. Bei dem zweiten Fall (siehe Fig. 1)

befand sich auf der hintern Wand eine weiche z. Th. bröcklige, z. Th. zerfliessende Infiltration auch ohne grössere Unebenheiten der Innenfläche, die nach dem Peritoneum zu zum Theil ziemlich weit vorgeschritten war; ausserdem war sie rings um die Uterushöhle herumgewachsen, so dass in der Medianlinie auf der einen Seite die grosse Neubildung, auf der andern unter der Schleimhaut kleine beginnende krebsige Degeneration sich zeigte. In dem dritten Fall (siehe Fig. 3) endlich war die Höhle des Uterus etwas erweitert, stellenweise erschien das Endometrium glatt, stellenweise dagegen zeigten sich ausgefressene z. Th. sehr tiefgehende Verschwärungen mit aufgeworfenen Rändern. Auf dem Durchschnitt zeigte sich eine starre feste Infiltration unter den Geschwüren, die zum Theil bis in die Nähe des Peritoneum reichte. In allen drei Fällen war der Cervix uteri intact.

Das fernere Verhalten der Neubildung war in den drei Fällen etwas von einander verschieden. In dem ersten Fall (siehe Fig. 5) erschien nur dicht unter dem Peritonealüberzug die Musculatur in ihrer Structur erhalten, sonst zeigte sich dieselbe von einzelnen Anhäufungen kleiner Rundzellen durchsetzt. Mehr nach dem Lumen der Uterushöhle waren die Muskelbündel ungefähr in der Weise auseinander gedrängt, wie es an den von Ruge zur Demonstration der Zusammensetzung der Uterusmusculatur [1]) hergestellten Uterusschnitten sich zeigte. Man sieht zahlreiche rhombische Figuren, die, dicht aneinander liegend, von einzelnen Strängen von Muskelfasern begrenzt werden. Auch diese Muskelfasern waren z. Th. kleinzellig infiltrirt. Die Räume dazwischen waren an vielen Schnitten zellenleer, doch an den meisten dieser zeigten sich dann einzelne der von Ruge und mir beschriebenen Krebsstangen [2]). Die zwischen ihnen liegenden Zellenanhäufungen stellten meist unregelmässige Krebszapfen mit Höhlenbildung in der Mitte dar; peripher lagen cylinderförmige Zellen, central ganz polymorphe. Nur selten kamen solide Zapfen auf einzelnen Schnitten vor. In dem zweiten Falle (siehe Fig. 2) war die Krebsanordnung sehr ähnlich einer von uns beim Cervixcarcinom beschriebenen. Die Krebszapfen drangen comedonenartig in die Musculatur hinein, bestanden aus grossen Plattenepithelien und zeigten fast regelmässig ein centrales Lumen, das in den mehr nach der Uterushöhle gelegenen länglich verlief, so dass der Eindruck von scheinbar mit Plattenepithelien ausgekleideten Drüsen erweckt wurde. In dem letzten Falle (siehe Fig. 4) bot sich das Bild des Adenoma malignum mit deutlichem Uebergang in Krebs dar. An den mehr nach der Uterushöhle zu liegenden Theilen bestand die Neubildung fast nur aus regenwurmartig durcheinanderliegenden Drüsen, die, mit kurzen Cylinderepithelien ausgekleidet, stellenweise kleine, auch aus Cylinderepithelien bestehende papillenähnliche Vorsprünge zeigten. An noch anderen Stellen waren neben Cylinderepithelien Plattenepithelien in

[1]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. V. S. 149. Keuller, Diss. in. Berlin 1880.
[2]) S. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IV, Tafel X, Fig. 4.

unregelmässiger Anordnung vorhanden, ja an einzelnen war das Lumen jedenfalls etwas verengt. In grösserer Tiefe waren die Drüsenanhäufungen nicht so massenhaft und nach der Musculatur sparsamer werdend, meist so, dass sie von der Peripherie nach dem Lumen zu comprimirt erschienen als kleine Spalten. Diese zwischen den Muskelfasern liegenden Drüsen zeigten nur an wenigen Stellen Uebergänge der Epithelien, sie waren meist mit Cylinderepithelien bekleidet.

So stellten also zufällig diese drei Uteri drei im Wesen analoge, aber im einzelnen doch recht verschiedene Bilder dar, unter denen der Krebs im Gebärmutterkörper auftreten kann, und diese Thatsache scheint mir für die Diagnostik von einem gewissen Interesse. Denn die hauptsächlichsten Typen werden durch diese drei Fälle dargestellt, man kann vielleicht den directen Untergang der Epithelien in Krebszellen als vierten hinzufügen[1].

Dass es an sich möglich ist, der Lebenden den Gegenstand zur mikroskopischen Untersuchung behufs der Diagnose zu entnehmen, unterliegt heute wohl kaum einem Zweifel mehr. Die Resultate der Arbeit Moerike's[2], die uns Definitives über die Anatomie der Menstruation gelehrt haben, sind im Wesentlichen der Auskratzung aus dem Uterus und der Untersuchung derartiger frisch der Lebenden entnommenen Präparate zu danken. Allerdings lässt sich nicht leugnen, dass eine gewisse Uebung dazu gehört, um mit dem scharfen Löffel gerade die Unebenheiten zu treffen und bei glatter Innenfläche die Veränderungen zu erreichen. Doch scheint mir für die Diagnose die Sache noch in sofern etwas günstiger zu liegen, als meist die circumscripten Veränderungen Unebenheiten hervorrufen, dagegen die glatteren Formen mehr diffus sind, so dass man in letzterem Fall leichter ein passendes Untersuchungsobject erreicht, als es scheinen möchte. Man wird ja im Allgemeinen möglichst viel auskratzen, um, wenn es sich um gutartige Veränderungen handelt, mit der diagnostischen Auskratzung gleich die Therapie zu vereinen; doch thut man gerade bei dem Verdacht auf Carcinom wegen der grösseren Leichtigkeit der Perforation des Uterus mit dem Löffel[3] besser daran, lieber mit kleineren Stücken sich zu begnügen, und für diese Fälle ist die Erfahrung werthvoll, dass bei einiger Uebung erbsengrosse Stücke zur Diagnose ausreichen. Die mannigfachen Bedenken, die man gegen die Diagnose aus dem Ausgekratzten erhebt, basiren zum Theil auf der Thatsache, dass es vorkommen kann, dass man trotz bestehendem Carcinom normale Schleimhaut trifft — man braucht ja nur die Abbildung des letzten Uterus (siehe Fig. 3) anzusehen, um die Möglichkeit zu begreifen. Gegen

[1]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. I, S. 467.
[2]) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. VII, S. 84.
[3]) Gewiss ist die Uterusperforation mit dem Löffel unter normalen Verhältnissen, wenn man sie sofort erkennt und nicht etwa weiter kratzt, an sich ebenso wenig zu fürchten wie die mit der Sonde; doch bei Carcinom ist die Gefahr der Peritonitis eine sehr naheliegende.

diese Gefahr scheint mir aber die folgende Ueberlegung werthvoll; meist kratzt man aus wegen Blutungen; entweder findet man in dem Resultat der mikroskopischen Untersuchungen einen hinreichenden Grund für dieselben — dann ist die Diagnose fertig; oder es gelingt dies nicht, dann muss man sich sagen, dass man auch die Blutungen nicht erklären kann, und man muss verständiger Weise so lange fortfahren mit dem Auskratzen bis diese Erklärung gelingt; man erkennt also den Umstand, dass man nicht die richtige Stelle getroffen daran, dass man die Symptome des Falles durch das mikroskopische Ergebniss nicht erklären kann.

Wenn man mit diesen Ueberlegungen an die diagnostische Auskratzung tritt, so erwachsen weitere, wenn auch nicht allzugrosse, Schwierigkeiten in der Deutung des mikroskopischen Befundes. Auch hier bleibt das Wesentliche die Uebung.

Eine vorurtheilsfreie Betrachtung der verschiedenen Möglichkeiten reicht wohl aus um alle Bedenken zu beseitigen.

Das maligne Adenom ist kaum mit etwas anderem zu verwechseln; der Unterschied zwischen dem gutartigen und dem bösartigen Adenom ist ja scheinbar nur ein klinischer; doch aber zeigen sich anatomische Charaktere hinreichend; insbesondere ist das Bindegewebe ganz verschieden beschaffen; bei den gutartigen Formen trennt ein meist gleich grosser Raum von nicht besonders gereiztem interstitiellen Gewebe den Querschnitt der Drüsenschläuche, und es entsteht so ein sehr regelmässiges Bild; dagegen liegt meist kaum ein hyaliner Streifen zwischen sich mit einander verfilzenden Drüsenschläuchen beim Adenocarcinom, letzteres dringt weit zwischen die Muskelfasern hinein, ersteres begrenzt sich im allgemeinen regelmässig am unteren Ende der Schleimhaut. Die Epithelübergänge sind hierbei nicht durchaus nothwendig, doch findet man sie in den meisten Fällen.

Das mikroskopische Bild des Ueberganges cylinderepitheltragender Drüsen in epitheliale Knoten kann gewisse Schwierigkeiten der Deutung machen, wenn man Krebszapfen nach Art des zweiten Falles (s. Fig. 2) bei der Auskratzung nur ganz oberflächlich entfernt. Man sieht dann nur die epitheliale krebsige Auskleidung, die noch die ehemalige Drüsenform nachahmt. Wenn man diese Plattenepithelstränge sieht, so kann man ja an etwaige Verwechselung mit Plattenepithelien der Scheide oder der Portio denken, aber doch nur vorübergehend, denn ausser dem Fehlen der normalen Scheidenpapillen ist die eigenthümliche Form dieser Krebszapfen doch recht charakteristisch und wenn stellenweise etwas interstitielles Gewebe mit entfernt ist, so zeigt dieses durch kleinzellige Infiltration, um was es sich handelt. Ebenso hat den geübten Untersucher wohl auch das Gefühl beim Auskratzen mit Sicherheit darüber belehrt, woher das Untersuchungsobject stammt.

Eine Verwechselung mit C. Friedlaender's[1]) atypischen Epithel-

[1]) C. Friedlaender, Ueber Epithelwucherung u. Krebs. Strassburg 1877.

zapfen ist deshalb nicht möglich, weil diese im Wesentlichen an das Vorhandensein von Granulationsgewebe geknüpft sind. Dieses kommt aber in irgend erheblicher Menge in der Uterushöhle ebenso wenig vor, wie bei den Erosionen. In letzterer Beziehung möchte ich besonders Friedländer's jüngst erschienenem, so verdienstvollen Buch [1]) gegenüber hervorheben, dass nur die Kenntniss der Anatomie der Uterusmucosa im normalen und im gutartig veränderten Zustand bewirkt, dass das Carcinom aus kleinen Stücken erkannt werden kann. Ich kann ihm die Häufigkeit der atypischen Epithelwucherungen gerade im Uterus nicht zugeben.

Die letzte Form des Drüsenkrebses endlich, bei der die ehemaligen Drüsenhohlräume mehr weniger vollständig mit epithelialen Massen angefüllt werden, hat durch die eigenthümliche Anordnung der Zellenneubildung, durch den Befund der Krebsstangen etc. etwas so Charakteristisches, dass eine Verwechslung mit etwas anderem nicht leicht sein dürfte. Eine von Moerike in seiner citirten Arbeit gemachte Bemerkung giebt mir aber Veranlassung wenigstens theoretisch auf eine Möglichkeit hinzuweisen, wenn ich dieselbe auch nicht für sehr naheliegend halte. Moerike beschreibt die senilen Veränderungen der Uterusschleimhaut nach dem Climacterium und berichtet, dass er [2]) mehrfach „die erweiterten und unregelmässigen Drüsen und die ausgebuchteten Hohlräume in der Schleimhaut des Endometriums alter Frauen mit Epithelzellen erfüllt fand und dass so Bilder entstehen, die beim ersten Anblick frappant an Drüsenkrebs erinnern“. Aber doch nur beim ersten Anblick! Wenn auch Moerike die wesentlichen Differenzen zwischen diesem Befund und dem bei Corpuscarcinom nicht ausführt, so gehen sie doch aus der bei ihm vorausgeschickten Schilderung seiner einzelnen Beobachtungen hervor. Im Endometrium alter Frauen handelt es sich um Rückbildungsvorgänge, nur sparsam sind Drüsen überhaupt anzutreffen und in diesen manchmal ein derartiges Bild der Ausstopfung eclatant abgeschnürter Drüsenschläuche. Beim Krebs findet man in erster Linie mit dem Charakter der Neubildung Gefässüberfüllung, zahlreiche Drüsenlumina, die alle mehr oder weniger krebsig degenerirt sind, und das Bindegewebe zwischen ihnen im Zustand erheblicher Reizung. Selbst wenn man den Charakter der Zellenanhäufung nicht beachtet, scheint mir eine Verwechselung nicht gut möglich: hier Neoplasma, dort Atrophie.

Aus all diesen Ausführungen geht wohl als sicher hervor, dass immerhin zu der sicheren Diagnose einer bösartigen Erkrankung des Corpus uteri aus derartigen kleinen Stücken ausser der Verwerthung der Symptome und des gynäkologischen Befundes doch mancherlei Uebung und Erfahrung in der mikroskopischen Untersuchung auch der Schleim-

[1]) C. Friedlaender, Mikroskopische Technik. Cassel u. Berlin 1882.
[2]) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. VII, S. 119.

haut unter normalen Verhältnissen gehört, doch ist die Sache nicht so schwierig, dass man nicht bald hiezu gelangen kann.

Ich möchte diese Bemerkungen über die Diagnostik nicht schliessen ohne auf die relative Häufigkeit hinzuweisen, mit der ich bei Frauen mit Krebs des Uteruskörpers senile Scheidenentzündung zusammen fand. Es ist ja natürlich nicht so aufzufassen, dass nun jeder Fall auf Krebs verdächtig ist, in dem man fleckige Röthung der Scheidenschleimhaut bei alten Frauen findet; aber wenn bei dieser Colpitis gleichzeitig länger dauernder Blutabgang stattfindet, muss man wenigstens den Verdacht auf Krebs des Uteruskörpers haben. Es kann sich ja nur um zufälliges Zusammentreffen einer im senilen Alter häufigen mit einer seltenen Erkrankung handeln, doch war mir in meinen wenigen Fällen dieses schon auffallend.

Ueber die Aetiologie des Krebses kann ich auch jetzt nur wenig hinzufügen. Die Zahl der Geburten scheint bei dieser Form gar keine Rolle zu spielen, die grossen Differenzen zwischen den virginellen Individuen und denen, die bis 13 Kinder geboren haben, erweisen wir dies und ebenso die Ueberlegung, dass seit den Geburten jedenfalls bei dieser Form sehr viel längere Zeit vergangen ist als beim Cervix und Portionskrebs im Allgemeinen — hier schliesst sich ja oft genug die Erkrankung eng an ein Wochenbett an. Aus der Anamnese, die ich bei Krebs gerade auf die Aetiologie besonders genau zu erheben suche, möchte ich als interessant hinstellen, dass die eine Frau K. (Fall 3) ihre Mutter und ihren Mann an Krebs (erstere an Uterus, letzteren an Magenkrebs) verlor. Eine von mir vor einem Jahre an Cervixkrebs operirte Virgo von 30 Jahren (die nach Amputation der Portio bisher noch recidivfrei ist) hatte eine Schwester von 42 Jahren, die 2 Mal geboren, die an Cervixkrebs starb, und gab an, dass ihre Grossmutter an Uteruskrebs gestorben. Doch ist die Seltenheit derartiger Erblichkeitsätiologie recht gross, da ich weiter keine Angaben machen kann.

Die Retroflexio, die ich unter den neuen 3 Fällen 2 Mal fand, hat mir bei den Operationen durch ihre leichte Beweglichkeit doch mehr den Eindruck eines Hineinsinkens des Uterus in's Becken unter dem Einfluss der grösseren Schwere des Organs gemacht, sodass ihr Werth als ätiologisches Moment mir gering erscheint. Alter und Menopause stimmen ganz mit den früheren Angaben.

Die Prognose scheint mir in mehrfacher Beziehung beim Krebs des Uteruskörpers sich um etwas günstiger zu gestalten als sonst. In erster Linie suchen die Kranken mit Corpuscarcinom meist sehr frühzeitig den Arzt auf, das Auftreten erneuter Blutungen im Climacterium beängstigt die Frauen viel mehr, als eine frühere Unregelmässigkeit im Blutabgang, die von ihnen immer gern als Regel gedeutet wird. So ist die Krankheit meist noch nicht zum jauchigen Zerfall gediehen. Und das ist ein weiterer Punkt, der für die Operation von guter Bedeutung ist; beim Cervixcarcinom gelingt es oft, selbst nach Auskratzung und Ausätzung,

nicht mit Sicherheit aseptische Flächen herzustellen, so dass nur allzu leicht eine Peritonealinfection zu Stande kommt. Hier ist aber von septischem Secret im schlimmsten Sinne nicht die Rede und wenn wirklich eine bedenkliche Eiterung eingetreten ist, so ist die Gefahr, dass infectiöse Stoffe mit dem Bauchfell in Berührung kommen, keine übermässig grosse. So erkläre ich mir wenigstens das günstige Operationsresultat, dass mir von jetzt 4 Totalexstirpationen wegen Carc. corp. ut. keine tödtlich endete, während ich von 4 wegen Cervixcarcinom unternommenen 2 Kranke verlor.

Ueber die Frage der Leichtigkeit des Recidivs habe ich hier vorläufig nur ein theoretisches Urtheil, doch scheint es mir zweifellos, dass die Verbreitung keine so rapide ist, wie in den Fällen von Carcinom am unteren Uterusabschnitt und dass eine Infiltration der Lymphbahnen, besonders im Lig. recto-uterinum erst spät erfolgt. Ferner braucht man aber im Gegensatz zu der Operation beim Krebs am unteren Uterusabschnitt, wenn man die Eröffnung des Uterus mit Muzeux'schen Zangen etc. vermeidet, nicht nothwendig Krebspartikel mit den Wunden in Berührung zu bringen und ich muss nach meiner ersten Operation[1]) hierauf in Bezug auf die Recidivgefahr einen gewissen Werth legen.

Unter diesen Umständen ist auf die richtige Therapie der grösste Werth zu legen. Von dem seiner Zeit von L. Mayer[2]) betonten Standpunkt, den Krebs des Uteruskörpers als ein Noli me tangere zu betrachten, ist man durch die Möglichkeit der Uterusexstirpation wohl allgemein zurückgekommen; doch wird wohl erst die weitere Zukunft lehren, ob Skeptiker wie Rokitansky[3]) Recht behalten, mit dem Verwerfen jeder Krebsoperation. Man muss jetzt jedenfalls als richtig anerkennen, dass wir bei Krebs in der Totalexstirpation einen wohlbegründeten Versuch der Heilung einer bis dahin unheilbaren Erkrankung besitzen, und wenn wir auch noch nicht die Bedingungen kennen, unter denen die definitive Heilung leicht zu Stande kommt, so sind wir doch jetzt zu dem Heilungsversuch — wenn er möglich ist — um so mehr verpflichtet, als länger dauernde Heilungen bekannt sind. Zu den zwei von mir veröffentlichten längeren Heilungen[4]) kann ich einen weiteren von Herrn Prof. Freund operirten Fall hinzufügen, für dessen Mittheilung ich demselben zu grossem Dank verpflichtet bin.

Es handelt sich dabei um eine Frau N., deren von Freund nach seiner Methode exstirpirter Uterus von Binswanger auf das Sorgfältigste untersucht worden ist[5]).

Das Ergebniss einer jetzt von Herrn Prof. Fritsch und Dr. M. B. Freund vorgenommenen Untersuchung ist folgendes: Das Allgemein-

[1]) Z. f. Geb. u. Gyn., VI, 274.
[2]) Berl. klin. Wochenschrift 1876, No. 26.
[3]) Wiener med. Presse 1882, 21 u. 22.
[4]) Wiener med. Presse 1882, No. 26.
[5]) S. Centralbl. f. Gyn. 1879 No. 1.

befinden, die Gesammternährung sind vortrefflich, Arbeitsfähigkeit vollkommen. Die örtliche Untersuchung ergiebt glatte, bewegliche Narbe, keine Spur von Recidiv. Neben vollständig normaler Urinexcretion besteht ein in 3—4 monatlichen Intervallen unterbrochener unwillkürlicher Abfluss einer schwach urinös riechenden Flüssigkeit aus dem linken Narbenwinkel, die keine Excoriation an den äusseren Genitalien und deren Nachbarorganen verursacht. Da dieser Abfluss in sehr geringer Menge erfolgt (die Frau sammelte im Liegen während 2 Tagen 15—20 Gramm) und zeitweise sinkt, so nimmt Herr Prof. Fritsch eine seitliche Perforation des Ureter an, der aber zugleich noch durchgängig sei. Zu der vorgeschlagenen Operation behufs Schliessung dieser Perforationsöffnung will Pat. sich nicht entschliessen. Dieser Fall von einer 4 Jahre und 5 Monate bestehenden Heilung von einem sicher festgestellten Carcinoma cervicis et corporis uteri spricht in der Frage vom Recidiv und von der Indication zur Totalexstirpation ein gewichtiges Wort[1]).

Derartige Beobachtungen zwingen uns, die Radicaloperation bei Krebs des Uterus immer wieder zu versuchen — wie ja auch jeder Chirurg jeden Krebs, wenn noch operirbar, exstirpirt.

Operirt man nun, diesen Erfahrungen entsprechend, überhaupt bei Corpuscarcinom, so muss ich jetzt bei einem Corpuscarcinom doch der vaginalen Totalexstirpation den Vorzug geben. Ich kann zwar von meinem mehrfach betonten Standpunkt der Partialoperationen, d. h. auch bei Krebs des Uterus nur den erkrankten Abschnitt zu entfernen im Allgemeinen nicht zurückkommen und keine Erfahrung, dass diese ungenügend gewesen seien, liegt bis jetzt vor, die mich veranlasste, hier von den bei dem Krebs des unteren Abschnittes geltenden Principien abzuweichen; aber vom Standpunkt der Technik der Operation halte ich die Laparotomie für schwieriger und gefährlicher. Das längere Zeit dabei natürliche Blossliegen der Darmschlingen, die Schwierigkeit von den Bauchdecken in der Tiefe des Beckens zu operiren, ist dabei als entscheidend anzusehen. Ich habe selbst in dem Fall 1 bei einer alten Virgo mit ganz engem starren Introitus die vaginale Operation mit Incision des Hymens vorgezogen und, wie ich glaube, mit Recht. Nicht die Enge der Scheide giebt den Ausschlag, sondern die Dislocationsmöglichkeit des Cervix uteri, und ich ersehe aus einer Mittheilung Olshausen's[2]), dass auch er in einem analogen Fall ebenso verfuhr. Aus dem Grunde habe ich bei starren Narben, die die Portio festhielten, in dem vorletzten Fall die Laparotomie und supravaginale Amputation des Uteruskörpers gemacht; hier hätte das Herunterziehen des Cervix fast zu den Unmöglichkeiten gehört.

[1]) Linkenheld's (Centr. f. Gyn. 1881 No. 8) Mittheilung muss hiernach abgeändert werden, sie beruht auf einer falschen Deutung des Berichtes dieser Frau N.

[2]) Berl. klin. Wochenschrift, 1881, 35.

In der Technik der vaginalen Operation habe ich mich weder Olshausen, noch A. Martin[1]) in allen Punkten anschliessen können, ich bleibe ganz bei dem ersten Czerny-Schroeder'schen Vorgehen mit Umstülpung des Corpus uteri und unterbinde die Ligamente zwiefach. Hierbei habe ich die Fixation des oberen Stumpfes der Ligamenta lata durch Hakenzangen vor der Durchtrennung für recht zweckmässig gefunden, um etwaiges Abgleiten der Ligaturen gleich wieder gut machen zu können. Insbesondere ist mir der Werth dieses Fixirens der Stümpfe in einem Fall von Cervixcarcinoma klar geworden, in welchem die uterina nach der Durchschneidung sehr stark spritzte; die Umstechung gelang auf diese Weise sofort.

Die von A. Martin nach der vaginalen Operation warm empfohlene Drainage[2]) der Bauchhöhle nach der Scheide möchte ich auch nicht entbehren, jedenfalls schadet sie bei der Operation nicht, und einfacher als der durch oft complicirte Nähte zu erzielende Bauchhöhlenverschluss ist sie sicher.

Ich möchte nicht schliessen ohne zu bemerken, dass ich den von Maas[3]) durch seine interessanten Experimente erklärten Durst nach Laparotomie auch bei den Frauen nach vaginaler Uterusexstirpation fand, allerdings meist etwas später als nach Laparotomien und würde diese Angabe in Uebereinstimmung mit Maas sich aus der bei der Drainage von mir meist beobachteten sehr starken Flüssigkeitsausscheidung aus der Bauchhöhle durch den Drain erklären.

[1]) Centr. f. Gyn., 1882 No. 43 (Eisenacher Versammlungen).
[2]) Volkmann's klin. Vortr. No. 219.
[3]) Deutsche Z. f. Chir., XVII, S. 208.

Druck von G. Reimer in Berlin.

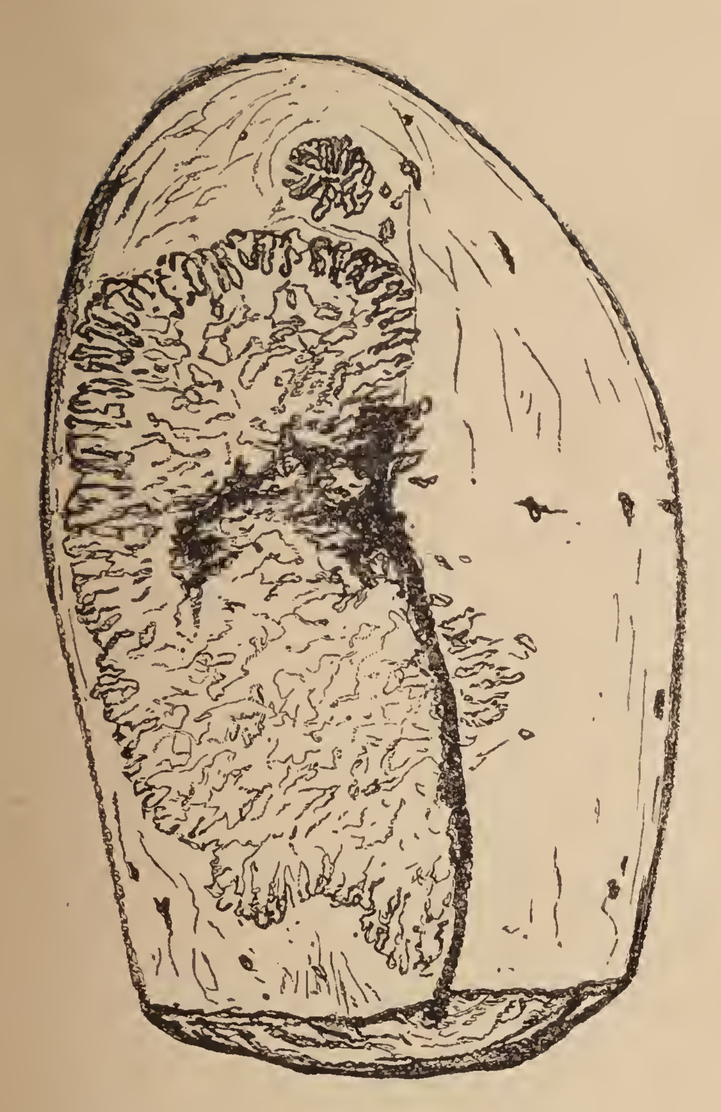


Fig. 1. Der durch Laparotomie supravaginal amputirte Uteruskörper der Frau R. (Fall 2).

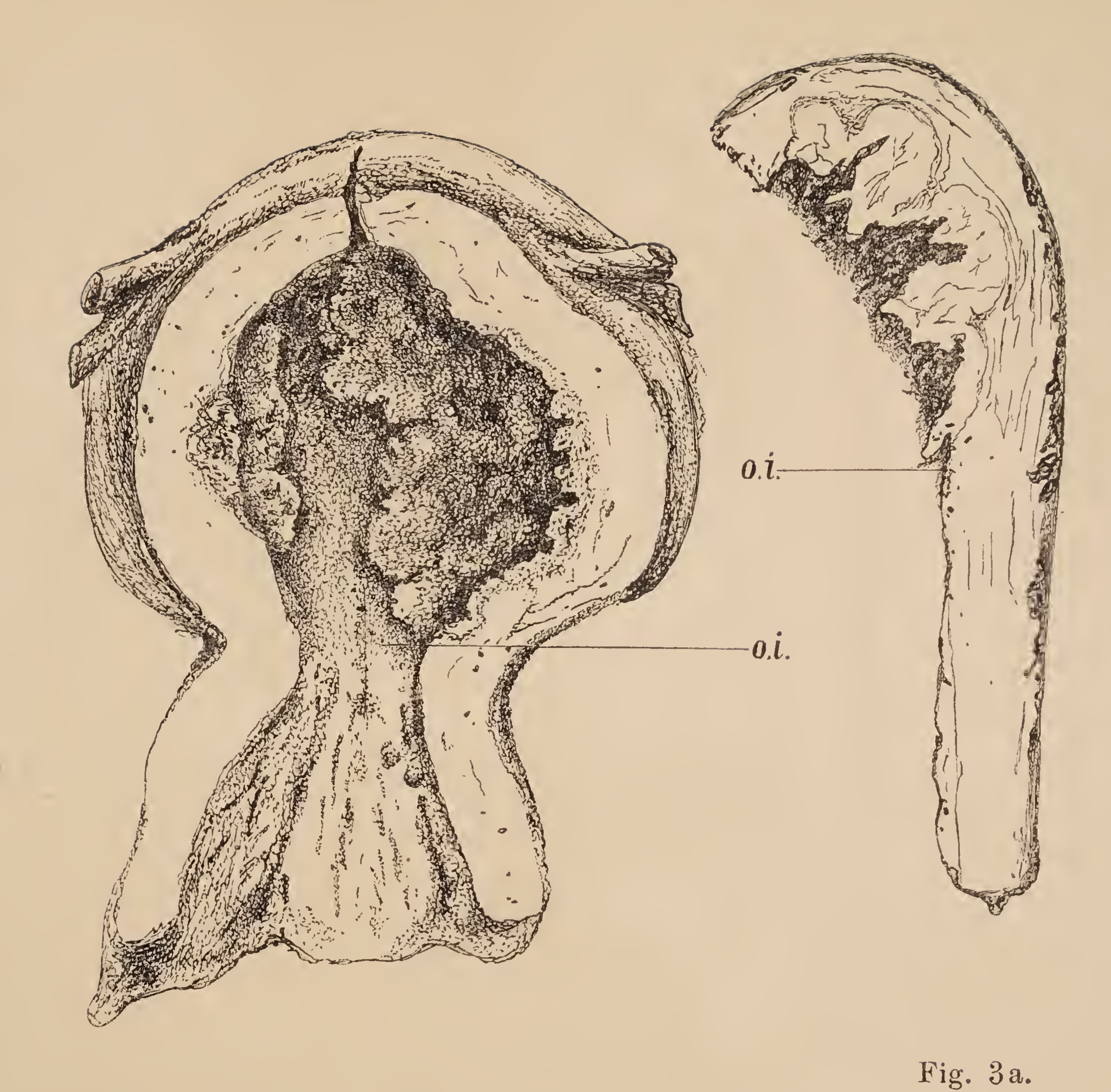


Fig. 3a.

Fig. 3. Der von der Scheide exstirpirte Uterus der Frau K. (Fall 3), o. i. Orific. ext., Fig. 3a Querschnitt daraus.



Fig 2. Mikroskopisches Bild aus Fig. 1 (Fall 2).

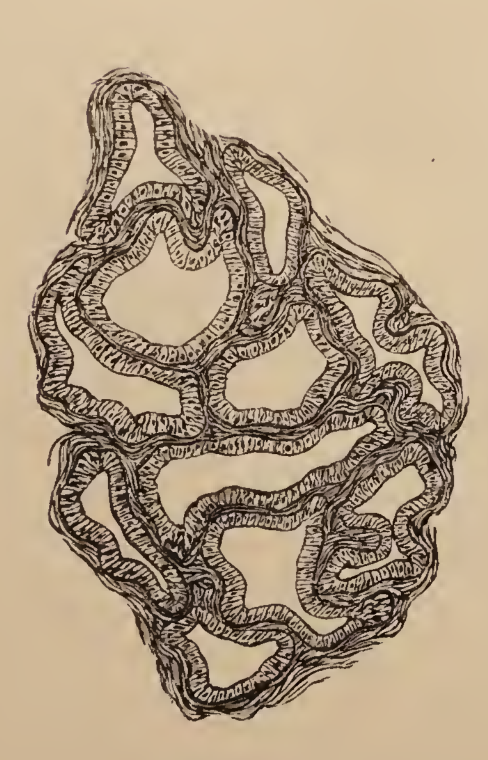


Fig. 4. Mikroskopisches Bild aus Fig. 2 (Fall 3).

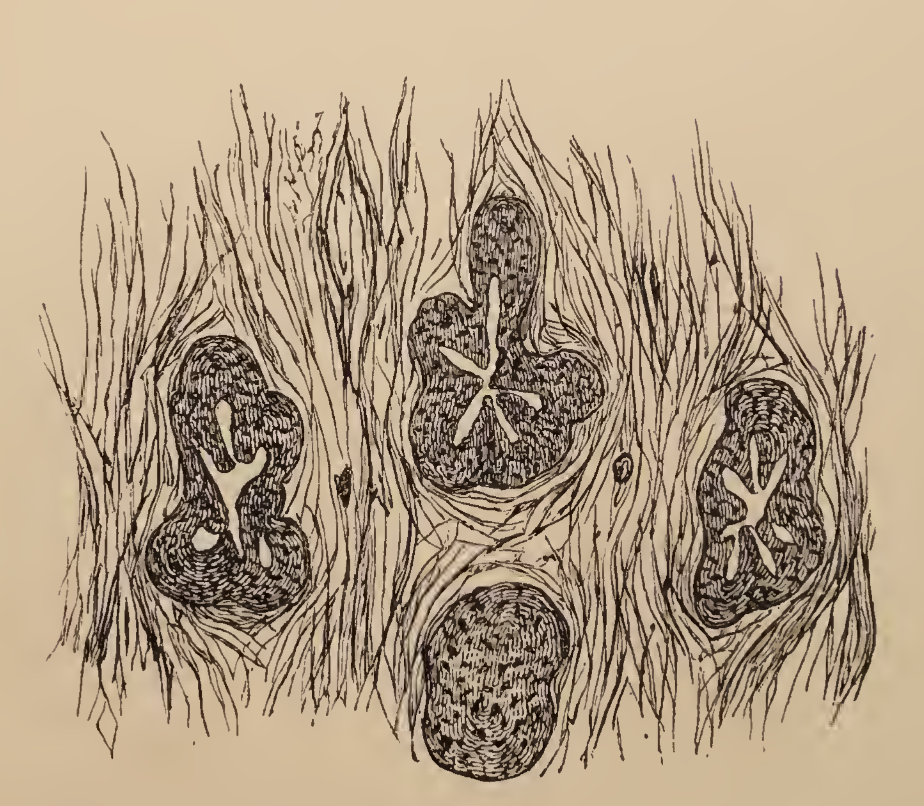


Fig. 5. Mikroskopischer Schnitt aus einem Carc. corp. ut. (Fall 1).